# Contraception    Q155

*Pilules (1ier intent° : OP combinée monophasique minidosée), Stérilet, Surveillance, GEU, Frottis*
*Efficacité – Innocuité (réversibilité) – Acceptabilité – Coût*

**2/3 des femmes ont une contraception**
(35% pilule, stérilet 17%, méthode naturelle 10 %, capote 8%)
1ière contraception = pillule[Q]

**INDICE DE PEARL** → efficacité
Nb grossesse pour 100 femmes exposées sur 1 an (% Années-Femme)
= (Nb gross non voulues / nb cycles) x 12 x 100 = tx d'échec

- Pilule OestroProgestatif = 0,5 % AF
- MacroProgestatif = 0,5 % AF
- MicroProgestatif = 1-2 % AF
- DIU = 1- 5 %
- DIU cuivre/ prog = 0,5 – 2 %
- Locale = 1-10 %

## *Contraception hormonale*

- **METHODES**

### Oestroprogestative

- **Combinées** 21 cp (arrêt de 7 jours puis reprise[Q]) : 1ier cp le 1ier jour des règles
  - **En fonction dosage en éthinylestradiol = EE** :
    - normodosée (**50 µg** d'EE)[Q] ex : OVANON*[Q], STEDIRIL
    - minidosée (**30-40 µg** d'EE)[Q] ex : MINIDRIL*[Q], CYCLEANE*30[Q], MONEVA
    - microdosée (**15-20 µg** d'EE) ex : MINESSE*, MELODIA*, MERCILON, CYCLEANE 20
  - **Associée à un Progestatif** (de 2ème ou 3ème génération) dérivé de la 19 nortestostérone : de + en + puissant et de moins en moins d'effet androgène et **dont le dosage peut être :**
    - monophasique (doses constantes tout le long du cycle)[Q] : en 1ière intention
    - biphasique (2 paliers de doses différents au cours du cycle)[Q]
    - triphasique
  - **3 verrou**[Q] **: Blocage ovulation** (axe hypothalamo-hypophysaire) **+ Atrophie endométriale + Modif glaire** => imperméable aux spermatozoïdes.
  - **Cette methode** permet de conserver une **efficacité acceptable en cas d'oubli pdt 2-3 j** car il n'y a pas que le blocage ovulatoire. **Inconvénient :** Antiophysiologique, tolérance moins bonne.

- **Séquentielles** 22 cp.
  - Le principe est ici de reproduire un cycle prôche de la physiologie : œstrogène seul puis oestroproG. => blocage ovulation seulement par le seul effet des oestrogènes (dose + impte)
  - Efficacité moindre que la méthode combinée : Si oubli et echappement ovulatoire, les conditions de nidation st bonnes.
  - Mauvaise tolérance fréquente des fortes doses d'oestrogènes en début de cycle
  - Utilisées ponctuellement (post curetage, post opératoire) => permet régénération de la muqueuse

- **Diane 35 ®**
  - Pilule oestroprogestative à climat œstrogène prédominant associant **l'acétate de cyprotérone** un antiandrogène à action progestative à **l'Ethynil Estradiol** => intêret sur l'acné. N'a **PAS d'AMM** pour la contraception..

### Progestative pure (utile si CI à ***oestro***-progest)

- **Pilule macrodosée discontinue (20 cp)** : du 5ième au 25ième jour
  - Bloque ovulation + atrophie endomètre + modif glaire
  - Efficacité excellente, cette méthode est surtt utilisée **après 45 ans** ou en cas d'**endometriose**, **d'hyperplasie endometriale** et de mastodynie majeure sur **maladie fibrokystique**
  - Risque : Aménorrhée, métrorragie, effet masculinisant potentiel (séborrhée, …), prise de poids
  - ex : ORGAMETRIL*, NORLUTEN*, LUTENYL*
- **Pilule microdosée continue =même pdt les règles** (action antinidatoire seulement) ex : MILLIGYNON* = MICROVAL*
  - Indiqué ds le post partum (si allaitement) en attendant le retour de couche ou en cas de CI aux autres contraceptifs oraux (O-P ou P macrodosées)
  - Inconvénient : Augmenterait le risque de GEU (diminution motilité tubaire), nécessité d'une prise à heure fixe (intervalle de tolérance =2-3 h)
- **IMPLANON*** (Implant contraceptif SC conservé 3 ans au max, avec un indice de Pearl = 0%, reversible rapidement après le retrait mais aménorrhée ds 50% des cas)
- **Injection trimestrielle** (en milieu psychiatrique lorsque l'on ne peut acquérir l'adhésion de la patiente)

- **CONTRE-INDICATIONS**

## ➢ CI absolues des oestroprogestatifs

- HTA[Q], dyslipidémie familiale[Q], Diabète avec macro/microangiopathie[Q]
- ATCD thrombo-emboliques[Q], AVC, cardiopathie thrombogène, hémoglobinopathie
- Porphyrie[Q], connectivite, lupus, sclérodermie[Q]
- Gyneco :
  - Grossesse, allaitement, Hémorragie génitale sans diagnostiq
  - Tumeurs du sein[Q] (ATCD de K du sein chez ascendant direct et fratrie)

  NB : OP aurait une action préventive sur cancer de l'ovaire. Pas d'effet voire effet protecteur sur le cancer de l'endomètre.
- Adénome à prolactine, K de l'hypophyse[Q]
- **Insuffisance rénale, hépatique**[Q], **cholestase**

## ➢ CI relative des oestroprogestatifs

- Tabagisme[Q]
- Affections métaboliques : diabète non cpliqué surtt DID au début, hyperlipidémies (hyperTG et hyperchol), Obésité[Q]
- Otospongiose[Q]
- TB du sein et dystrophies utérines (hyperplasie, fibrome utérin[Q])
- Insuffisance rénale
- Cholestase récurrente ou prurit récidivant lors d'une grossesse antérieure
- Herpès gestationis
- Inducteurs enzymatiques : Traitement antiépileptique[Q]

## ➢ CI au progestatif macrodosé

- Grossesse, allaitement
- Sd des ovaires polykystiques
- ATCD thromboemboliques
- Hépatopathie

## ➢ CI au progestatif microdosé

- Grossesse
- ATCD GEU
- Hépatopathie

(**Rq** : évidemment, la multiparité n'est pas une CI à la contraception hormonale[Q])

- **SURVEILLANCE – EFFETS SECONDAIRES**

## ➢ Bilan préthérapeutique

- ATCD personnels et familiaux de maladie thromboembolique, anomalie de l'hémostase, connectivite, facteurs de risque cardio-vasculaires, TABAC… **Eliminer toute grossesse**
- **Poids, TA**, Examen clinique, examen gynécologique (seins, TV, spéculum), palper le foie, état veineux Mb inf
  - **Bilan glucidolipidique** obligatoire (**glycémie à jeun, CT, TG**)[Q] avant mise en place du ttt (***facultatif si aucun ATCD + non tabagique + examen clinique normal***)
  - **Bilan d'hémostase** (TQ, TCA, ATIII, Protéine C, S, RPCA, Homocytéine) **si ATCD** familiaux ou personnels **thrombo-emboliques** => si anomalie : avis spécialisé
  - **Bilan hépatique non obligatoire**
  - **Frottis cervicovaginal non obligatoire**
- **Expliquer, Informer**
- **CAT en cas d'oubli** :
  - **< 12 h,** prendre la pilule immédiatement et poursuivre normalement[Q] => pas de risque
  - **> 12 h,** sécurité contraceptive n'est plus assurée (***en théorie***), prendre immédiatement le dernier cp oublié et poursuivre le ttt contraceptif oral jusqu'à la fin de la plaquette, contraception mécanique jusqu'à la reprise de la plaquette suivante y compris pendant les règles, consulter si retard de règles
- **Attention** si ***vomissements/diarrhée*** (malabsorption), ***interactions médic***. (inducteurs enzymatiques)
- **Prescription médicale**[Q], pour 3 mois, renouvelable jusqu'à 1 an[Q] ***(à confirmer pour le 1 an…)***
- **Pas d'autorisation des parents nécessaires**[Q], **prescription & délivrance gratuite**[Q] **dans centres de planning familial**[Q]
- **N'est pas remboursé à 100%**[Q]

- **Surveillance**
  - **Bilan clinique + bio à 3 puis 12 mois**
  - puis **surveillance clinique annuelle et bio** (glycémie, cholestérol, TG, transa) **tous les 2 ans** seulement si pas d'anomalies clinique ni biologique (j'ai aussi lu 5 ans, 2 ans ds poly fac + RMO)

- **Effets secondaires** (principalement dus à l'éthinylestradiol) **Q**
  - **Prise de poids, HTA, dyslipidémie** **Q**
  - **Céphalées, migraine, vertiges**
  - **Complications hépatiques** (lithiases biliaires, adénome hptq **Q**, hyperplasie nodulaire focale et certains hépatoK, ictère cholestatique)
  - **Accidents thromboemboliques**
  - **Dépression**
    - ***PAS* d'augmentation du risque de K du sein =>** risque augmenté mais faiblement ne justifiant pas arrêt, non reconnu comme facteur de risque dans les QCM**)**
  - Macroprogestatifs => métrorragie, dépression, effets androgéniques (acné…) **Q**

- **Arrêt de la pilule si :**
  - Prise de poids > 5 kg
  - TA au dessus 14/9
  - TG au dessus de 1.50 g/l
  - Apparition d'une tumeur mammaire, céphalée inhabituelle

- **On recommande un délai de 3 mois entre arrêt du CO et début d'une grossesse.** Il existerait un risque de FCS un peu + élevé et pb de l'imprécision du terme.

# *Contraception d'urgence*

- **HORMONALE : « PILULE DU LENDEMAIN »**
  - **Rechercher des ATCD cardiovasculaires :** thrombose
  - Moment du rapport dans le cycle et par rapport à la date de consultation : **seulement si < 72 h ++++**
- **Méthode de référence : Methode YUZPE**
  - **Ds les 72 h** qui suivent le rapport, **2cp de Stédiril®,** à renouveler **12 h après**
  - **Tetragynon®** correspond en fait a une boite de 4cp de Stédiril
  - Il s'agit d'un **OP normodosé** (50 µg)
- **Autre produit, maintenant svt utilisé en 1ière intention : Norlevo®**
  - Ds les **72h** qui suivent le rapport, prise de **Norlevo® Levonorgestrel 2 cp** (+ la prise est précoce, + efficacité est grande). Renouveler la prise **entre 12 h et 24 h après le 1er comprimé.** Délivré **sans ordonnance.**
  - Il s'agit d'un **microprogestatif** qui a une efficacité, une tolérance supérieure, surtt si ATCD thromboembolique
- **Mesures associées**
  - **Test de grossesse 15 jours après**
  - Surveiller **l'apparition du prochain cycle** : 40 % avancés, 10% retardés, 50 % normal
  - **Rapports protégés** jusqu'aux règles
  - Relais par **contraception au lg cours**

- **DISPOSITIF INTRAUTERIN**
  - Technique efficace qui peut être utilisée si le **délai de 72 h après le rapport est dépassé**. Efficacité jusqu'au **6-7°** jour
  - Mêmes mesures associées

# *Dispositifs intra utérins (stérilets)*

- **METHODES**
  - **Effet contraceptif** par réaction inflammatoire au niveau du point de contact avec diffusion à l'endomètre + tble de la motilité utérotubaire => pro-GEU
    - **DIU cuivré** (modifie glaire cervicale et diminution de la motilité des spz) = **meilleur indice**
    - **DIU avec progestatif** (modif glaire + atrophie endométriale locale) **de PEARL**
      - **Bonne réversibilité, fort peu contraignant, longue durée d'efficacité**
  - **Indications :** <u>femme non nullipare avec CI à la CO, "ras le bol" ou ES de la CO, d'emblée, comme contraception post coïtale</u>

- **CONTRE-INDICATIONS**
  - **Grossesse**[Q]
  - Post partum immédiat[Q] (attendre le retour de couches : ~ 1 mois minimum)
  - Post abortum immédiat[Q]
  - **Nullipare**[Q]
  - ATCD d'infection génitale haute[Q], ATCD de **GEU**, Diabète (facteur d'infection)
  - Malformation utérine [Q] congénitale ou acquise, **fibrome** sous muqueux endocavitaire
  - **Cardiopathie** (valvulaire : risque Osler) [Q]
  - Hémorragie génitale non diagnostiquée : ménométrorragie
  - Tble de l'hémostase
  - Traitement par **AINS**-Aspirine au long cours (diminue effet inflammatoire du DIU => diminution de l'efficacité)
  - Un **utérus cicatriciel est une CI relative** : faire une **hystérographie** afin de vérifier l'absence de déhiscence de la cicatrice utérine.
  - Une **dysménorrhée sévère** est aussi une CI relative.
  - Maladie de Wilson

- **SURVEILLANCE – EFFETS SECONDAIRES**

## Mise en place
  - Le dernier jour des règles[Q] ou le jour suivant (1ère partie cycle) (sf si contraception d'urgence)
  - **Par un médecin**[Q], dans un cabinet médical ou à l'hopital/clinique[Q], table gynéco, instruments stériles, matériel pour perfusion (si malaise…)
  - **Technique d'insertion :** Chez une femme prévenu du risque du stérilet, mise en place en 1iere partie du cycle sous spéculum, après hystérométrie (mesure profondeur cavité utérine) en s'aidant d'une pince de Pozzi pr stabiliser le col.
  - **Patiente informée** (avantages/inconvénients, risques, interactions médicamenteuses)
  - Une fois en place, le DIU doit être indolore, sans leucorrhée

## Complications
  - **Lors de la pose**
    - Hystérométrie impossible
    - Dl d'insertion
    - Malaise vagal (jusqu'à la syncope)
    - Déchirure cervicale, Perforation utérine
  - **Tardifs**
    - Saignements[Q] (penser **GEU**[Q], infection génitale haute[Q], avortement spontané[Q], fibrome, +/- migration du stérilet)
    - Douleurs (dysménorrhées)
    - Perforations utérines secondaires
    - Complications infectieuses [Q] (endométrite, salpingite, pelvi-péritonite, état infectieux chronique => stérilités tubaires secondaires)
    - Grossesse intra et extra utérine
    - Disparition des fils : Ascension simple des fils, expulsion inaperçue du DIU, GEU ou GIU, Perforation utérine avec migration intra abdominale

## Surveillance
  - A **1 mois**, ± à **6 mois** puis **annuelle**
  - **Informer sur l'augmentation de l'abondance et durée des règles**
  - **Autoexamen : Apprendre à repérer les fils** (Cs si disparition)
  - **Informer sur le risque de GEU**
  - **Cs si signes d'infections** (Leucorrhées, douleurs)
  - **Eviter AINS** (diminue l'efficacité contraceptive)
  - **Délai de changement du stérilet selon type de DIU**
    - Stérilets inertes = **5 ans**
    - Stérilets en cuivre = **2-3 ans**
    - Avec progestatif = **18 mois**

## *Autres : considérées comme non efficaces*[Q] *(PEARL > 2 %AF)*

| INDICE DE PEARL | |
|---|---|
| ▪ Retrait : 20 % AF<br>▪ Ogino :15 % AF<br>▪ Température : 2-6 %<br>▪ Billings : 1-40 % | Diaphragme: 2 à 4%<br>Préservatif: 4-8 %<br>Spermicide:1% à 7% |

- **Méthodes naturelles**
  - **Retrait (**tx d'échec ~20 % AF)
  - **Méthode Ogino** (calendrier, abstinence lors des jours de fécondabilité théorique = 7 au 21e jour du cycle), Pearl =15% AF
  - **Méthode des T°** (abstinence du 1er jour de règles jusqu'au 3ème jour de l'élévation thermique), Pearl 2-6 % AF
  - **Méthode Billings** (en fonction glaire cervicale), tx d'échec 1-40 % AF (!!)
- **Contraception locale**
  - **Diaphragme** (coupole en latex obturant le col, 1iere mise en place par medecin puis éduction femme, spermicide associé)
  - **Spermicide**
  - **Préservatifs ! !**

***Source** : Fiches Rev Prat, Rev Prat 99, ANAES 99, Vidal 2001, QCM Intest, Dossier Intest 2000*